

**José Enrique Galeote Rodríguez**

*Comité de Educación y Docencia de la SEMCPT*

En esta sección se realiza un análisis crítico de las nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos publicados en nuestra revista (siempre referido a la técnica expuesta y no al artículo en sí), a cargo de un grupo de expertos seleccionado en cada caso por el Comité de Educación y Docencia de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía de Pie y Tobillo (SEMCPT). La intención es promover el debate científico y la participación entre los lectores de la revista.

Los lectores podrán dirigir sus propios comentarios sobre la técnica expuesta o sobre las opiniones del comité de expertos consultados, para establecer un foro de opinión, a la siguiente dirección electrónica: [egaleoter@gmail.com](mailto:egaleoter@gmail.com). Y dichos comentarios podrán ser publicados en el siguiente número de la revista.

**Mariano Núñez-Samper Pizarroso<sup>1</sup>, Luis Ramos Pascua<sup>2</sup>, Manuel Monteagudo de la Rosa<sup>3</sup>, José Enrique Galeote Rodríguez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Virgen del Mar. Madrid. <sup>2</sup> Complejo Hospitalario de León.

<sup>3</sup> Hospital Quirón. Madrid. <sup>4</sup> Hospital Clínico San Carlos. Madrid

## VÍA DE ABORDAJE POSTERIOR EN CUATRO TRANSAQUÍLEA EN EL SÍNDROME DOLOROSO DEL RETROPIÉ: HAGLUND, PUMP BUMP Y TENDINITIS CALCIFICANTE DEL TENDÓN DE AQUILES

El abordaje quirúrgico de la zona insercional del tendón de Aquiles, con la variabilidad de formas patogénicas que presenta y la frecuencia con que aparece en nuestras consultas, es un reto para el cirujano, que debe optar entre el riesgo de un abordaje amplio e indudablemente arriesgado, y la posibilidad de una resección insuficiente, que nos abocará a un mal resultado y, en muchos casos, a una reintervención.

La tendencia actual a los abordajes percutáneos no es reproducible por todos los cirujanos, ni desde luego asegura la resolución de todas las presentaciones patológicas, como algunas de las mostradas en este interesante artículo.

Probablemente no exista un abordaje perfecto para la zona insercional del tendón de Aquiles. Cualquier cicatriz hipertrófica o dolorosa puede complicar el uso de un calzado convencional cerrado. El amplio colgajo utilizado, a pesar del respeto al tejido celular subcutáneo y la mínima disección, presenta un cierto riesgo isquémico para la piel en una zona crítica. Algunas patologías, como la enfermedad de Haglund o las bursitis aquíleas, podrían ser reseçadas por una incisión lateral menos amplia y agresiva que la expuesta por los autores; también la incisión longitudinal, incidiendo el Aquiles por el centro, puede ofrecer una buena exposición de la zona.

El mayor riesgo cutáneo y el mayor tiempo de recuperación parecen inconvenientes en relación con otros abordajes descritos. La mejor indicación de este abordaje podría estar en las tendinopatías degenerativas y en casos de cirugía de rescate por la magnífica visión que indudablemente ofrece y por la facilidad para la colocación de anclajes.

La brillante iconografía en la que se apoya el artículo refuerza la idea de que una amplia exposición puede ser necesaria en muchos casos. Asimismo, el respeto al tejido subcutáneo, sin apenas planos de disección, y un adecuado y minucioso desbridamiento de tejidos no viables son fundamentales en el abordaje de la compleja patología insercional del Aquiles, que no siempre puede resolverse mediante técnicas percutáneas o pequeñas incisiones.